



## Ψυχιατρικές πλευρές της κεφαλαλγίας

Mark W. Green

Department of Neurology, Mount Sinai School of Medicine, New York

Correspondence:  
Mark W. Green,  
Department of Neurology, Mount Sinai School of Medicine,  
5 East 98th Street, 7th Floor, Box 1139, New York, NY 10029, USA  
E-mail address: mark.green@mssm.edu

---

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κεφαλαλγία είναι μια συχνή, νοσηρή κατάσταση που εμφανίζεται στην πλειονότητα του πληθυσμού, αποτελώντας ενεργό πεδίο κλινικής έρευνας. Η διεθνής εταιρία κεφαλαλγίας παραθέτει μερικές εκατοντάδες τύπους κεφαλαλγίας, με την κεφαλαλγία τύπου τάσης να αποτελεί την πιο συχνή μορφή. Η ημικρανία είναι η πιο συχνή μορφή επεισοδικής κεφαλαλγίας που προκαλεί αναπηρία αποτελεί δε τη συνηθέστερη κεφαλαλγία που παρουσιάζεται στους επαγγελματίες υγείας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι το 12% του πληθυσμού στις ΗΠΑ προσβάλλεται από ημικρανία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει την συνύπαρξη και τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ κεφαλαλγίας και ορισμένων ψυχιατρικών διαταραχών. Συγκεκριμένα, η ψυχιατρική συνοσηρότητα είναι συχνή εκδήλωση στους πάσχοντες από ημικρανιακή κεφαλαλγία, με πολυάριθμα κοινά χαρακτηριστικά, όπως το οικογενειακό ιστορικό και τα συμπλέγματα συμπτωμάτων από το αυτόνομο συμπαθητικό σύστημα, καθώς και κοινή θεραπεία, μέσω παρόμοιων φαρμάκων. Καταστάσεις ψυχιατρικής συνοσηρότητας με την ημικρανία αποτελούν η κατάθλιψη, η οποία είναι η συνηθέστερη μορφή, το γενικευμένο άγχος, οι κρίσεις πανικού, η καταπόνηση, η οποία αποτελεί μείζονα εκλυτικό παράγοντα για τις κρίσεις ημικρανίας, η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας και η ψύχωση. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση των ημικρανιών σχετίζονται με τη συχνότητα και σοβαρότητα των κρίσεων, καθώς και των συνοδών καταστάσεων ψυχιατρικής ή παθολογικής συνοσηρότητας.

**ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ:** Ημικρανία, Θεραπεία, Κεφαλαλγία, Ψυχιατρικές διαταραχές



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Η** κεφαλαλγία είναι μια συχνή, νοσηρή κατάσταση που εμφανίζεται στο 90% του πληθυσμού. Οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι επίσης συχνές και ως αποτέλεσμα, οι δύο αυτές κατηγορίες νοσηρών καταστάσεων συχνά συνυπάρχουν σε ορισμένα άτομα. Ωστόσο, υπάρχει συχνά μια πιο σύνθετη αλληλεπίδραση. Αυτό που βλέπουμε είναι μια αμοιβαία εξέλιξη των συνδρόμων κεφαλαλγίας και της ψυχιατρικής συνοσηρότητας που αλληλεπιδρούν ώστε να επηρεάσουν συνολικά την ποιότητα ζωής.

Πολλά ψυχιατρικά σύνδρομα και η ημικρανία (η τελευταία είναι η πιο συχνή μορφή επεισοδικής κεφαλαλγίας που προκαλεί αναπηρία) εμφανίζονται ταυτόχρονα σε ορισμένα άτομα. Υπάρχουν πολυάριθμα κοινά χαρακτηριστικά, που περιλαμβάνουν το οικογενειακό ιστορικό, τα συμπλέγματα συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν το αυτόνομο και ιδίως το συμπαθητικό σύστημα, καθώς και η κοινή θεραπεία, μέσω παρόμοιων φαρμάκων ή συμπεριφορικών συστάσεων. Η κατανόηση των βιολογικών συνδέσεων και της παθογένειας αυτών των σχετιζόμενων καταστάσεων θα οδηγήσει σε βελτίωση της διάγνωσης, της θεραπείας και της έκβασης στους πληθυσμούς των ασθενών.

Ο χαρακτηρισμός των τύπων κεφαλαλγίας αποτελεί ενεργό πεδίο κλινικής έρευνας. Η διεθνής εταιρία κεφαλαλγίας παραθέτει μερικές εκατοντάδες τύπους κεφαλαλγίας.(1) Ωστόσο, οι περισσότεροι είναι φαινότυποι καταστάσεων οι οποίες έχουν σύνθετες και φτωχά κατανοητές υποκείμενες γονιδιακές συσχετίσεις. Η κεφαλαλγία τύπου τάσης είναι η πιο συχνή μορφή άλγους στην κεφαλή, αλλά εξ ορισμού σπάνια προκαλεί αναπηρία και γενικά παραμένει χωρίς θεραπεία ή αντιμετωπίζεται με αυτοθεραπεία. Κατά συνέπεια, οι πάσχοντες σπάνια εμφανίζονται στο γιατρό για λήψη συμβουλών.

Η ημικρανία είναι η συνηθέστερη κεφαλαλγία που παρουσιάζεται στους επαγγελματίες υγείας. Το 12% του πληθυσμού στις ΗΠΑ προσβάλλεται από ημικρανία.(2) Μεγάλος βαθμός του φορτίου της ημικρανίας έχει να κάνει με τις συνοδές ψυχιατρικές διαταραχές.

Η ημικρανία γενικά περιγράφεται ως η κατάσταση υποτροπιαζουσών κεφαλαλγιών, συχνά μονόπλευρων και σφυγγώδους χαρακτήρα, που συχνά σχετίζονται με φωτοφοβία, φωνοφοβία και ναυτία, ενώ επιδεινώνονται από την κίνηση. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές παραλλαγές της ημικρανίας. Έως και 30% των ημικρανιών δεν εμφανίζουν σφυγγώδες άλγος, ενώ οι κρίσεις είναι συχνά αμφοτερόπλευρες, οδηγώντας έτσι στη λανθασμένη διάγνωση της κεφαλαλγίας τύπου τάσης.

Ο όρος ημικρανία χρησιμοποιείται συχνά με γενικό τρόπο για να περιγράψει την κατάσταση μειωμένου ουδού προς ανάπτυξη άλγους της κεφαλής. Πολλοί πάσχοντες από ημικρανία εμφανίζουν πρόδρομα συμπτώματα τα οποία εμφανίζονται μέχρι και 1 ημέρα πριν την έναρξη της κεφαλαλγίας. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν την ψυχρότητα των άκρων χεριών και ποδιών, τη λαίμαργια για συγκεκριμένες τροφές (για παράδειγμα,

σοκολάτα), τα κλασματικά και μια ποικιλία μεταβολών της διάθεσης που περιλαμβάνει κατάθλιψη ή ευφορία. Το 12% των πασχόντων από ημικρανία εμφανίζουν εστιακά νευρολογικά συμπτώματα με τη μορφή της αύρας. Τα συμπτώματα είναι συχνά οπτικά, αλλά μπορεί να είναι επίσης αισθητικά, λεκτικά ή κινητικά ή να περιλαμβάνουν διαταραχές που εντοπίζονται στο στέλεχος και να διαρκούν έως και 1 ώρα. Τα συμπτώματα της αύρας συχνά αλλά όχι πάντα προηγούνται της κεφαλαλγίας.

Οι ημικρανιακές κεφαλαλγίες διαρκούν χαρακτηριστικά 4 έως 72 ώρες και ακολουθούνται συχνά από μετακριτικά συμπτώματα, όπως η κακουχία και η κατάθλιψη, που μπορεί να διαρκέσουν έως και μια μέρα. Κατά τη διάρκεια αυτής της μετακριτικής περιόδου, οι πάσχοντες είναι ευαίσθητοι σε εμφάνιση σύντομης υποτροπής της κεφαλαλγίας κατόπιν ενός χειρισμού Valsalva.

Παρατηρούνται συγκεκριμένα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά κατά την πρόκληση των ημικρανιακών κρίσεων. Οι πάσχοντες από ημικρανία φαίνεται ότι εμφανίζουν ένα υπερδιεγερσιμο εγκεφαλικό φλοιό. Η φλοιώδης εξαπλούμενη καταστολή [cortical spreading depression: CSD] μπορεί να είναι ο κοινός παρανομαστής για διάφορα αίτια ημικρανίας. Αν και αυτό το κύμα μπορεί να εμφανιστεί και σε άλλες καταστάσεις, εμφανίζεται κατά προτίμηση στην ημικρανία με αύρα. Λιγότερο ξεκάθαρο είναι η συχνότητα εμφάνισης του φαινομένου στην ημικρανία χωρίς αύρα, καθώς είναι δύσκολο να μελετηθούν ασυμπτωματικοί ημικρανιακοί ασθενείς κατά τα πρώιμα στάδια της κρίσης τους.

Η CSD ταυτοποιήθηκε αρχικά από τον Leao, μετά τη διέγερση του φλοιού του εγκεφάλου κουνελιών. Πρόκειται για ένα κύμα που επεκτείνεται με ρυθμό 3 έως 6 mm / min κατά μήκος του φλοιού, από πίσω προς τα εμπρός, αρχικά ενεργοποιώντας και ακολούθως καταστέλλοντας τη νευρωνική δραστηριότητα.(4) Ο Lashley (5) παρατηρώντας τις δικές του ημικρανιακές αύρες, υπολόγισε ότι τα παρατηρούμενα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της αύρας συσχετιζόταν με μια βραδεία πορεία φλοιώδους δραστηριότητας με ρυθμό 3 mm / min.

Οι μελέτες με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων στις απρόκλητες ημικρανιακές κρίσεις, έδειξαν μια επεκτεινόμενη αμφοτερόπλευρη ολιγαϊμία. Αντίθετα με την παλιότερη αγγειακή θεωρία, έχει παρατηρηθεί ότι η κεφαλαλγία στην ημικρανιακή κρίση ξεκινά κατά το χρόνο της συνεχιζόμενης μείωσης της εγκεφαλικής ροής αίματος, καθιστώντας έτσι την εγκεφαλική αγγειοδιαστολή απίθανη αιτία του άλγους.(6)

Οι αγγειακές μεταβολές στην αύρα φαίνεται ότι εμφανίζονται μετά από τις νευρωνικές.(7) Ένα κύμα της CSD ή άλλων παραγόντων που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ημικρανίας ενεργοποιεί τελικά τους αλγο-υποδοχείς του τριδύμου νεύρου εντός των μηνίγγων, οδηγώντας στην εντοπισμένη αγγειοδιαστολή, στη μηνιγγική φλεγμονή και στη μετάδοση του άλγους.(8) Οι αγγειακές μεταβολές, που παραδοσιακά είχε θεωρηθεί ότι αποτελούσαν το θεμε-



λιώδες αίτιο της αύρας είναι επομένως πιθανό ότι είναι δευτεροπαθείς των νευρωνικών μεταβολών που επιφέρει αυτό το κύμα, της καταρχήν διεγερτικής και ακολούθως κατασταλτικής νευρωνικής δραστηριότητας.

Κατά τη διάρκεια της αύρας, επίσης, στη σκληρά μήνιγα παρατηρείται εξαγγείωση πρωτεϊνών του πλάσματος. Το άλγος της ημικρανίας τυπικά αναφέρεται στην κατανομή του τριδύμου νεύρου, συνθέστερα στον πρώτο κλάδο του και πιο αξιοσημείωτα στον οφθαλμό και στο μέτωπο.

Είναι πιθανό ότι η προδιάθεση ενός εγκεφάλου για την ανάπτυξη της CSD και η θεμελιωδώς υπερδιεγερσιμη κατάσταση αυτού, σχετίζεται με την ψυχιατρική συνοσηρότητα η οποία συνοδεύει την ημικρανία. Αργότερα, κατά τη διάρκεια μιας κρίσης που δεν έχει ακόμη τερματιστεί, εμφανίζονται διαταραχές της κεντρικής επεξεργασίας, καθώς ενεργοποιούνται οι τριδυμικοί νευρώνες δεύτερης τάξης.(9) Το φαινόμενο αυτό οδηγεί στη δερματική αλωδυνία, κατά την οποία ένα ερέθισμα που φυσιολογικά δεν είναι επώδυνο προκαλεί επώδυνη αντίδραση και έτσι, οι πάσχοντες δυσφορούν κατά το χτένισμα των μαλλιών, χαλαρώνουν τη γραβάτα τους και αφαιρούν κοσμήματα που φορούν. Εμπλέκεται και η αυχενική περιοχή, οπότε τότε μπορεί να τεθεί λανθασμένα η διάγνωση κεφαλαλγίας τύπου τάσης.

Μια γονιδιακά καθοριζόμενη προδιάθεση για τέτοιες κρίσεις πιθανότατα είναι αυτή που εκδηλώνεται με τη μορφή της διαταραχής υποτροπιαζουσών ημικρανιακών κρίσεων. Η κατάσταση αυτή πιθανότατα περιλαμβάνει πολλά γονίδια τα οποία αλληλεπιδρούν με περιβαλλοντικούς εκλυτικούς παράγοντες στην πάροδο του χρόνου. Οι μελέτες του οικογενειακού δέντρου ημικρανιακών πασχόντων παρέχουν ενδείξεις για αυτή τη γονιδιακή βάση. Τα μέλη της οικογένειας πρώτου βαθμού που εμφανίζουν ημικρανία με ή χωρίς αύρα εμφανίζουν υψηλότερο του αναμενόμενου επιπολασμό του ίδιου τύπου ημικρανίας.(10,11) Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι έχουν υψηλότερο βαθμό συμφωνίας ως προς την ημικρανία σε σύγκριση με τους διζυγωτικούς δίδυμους.(12) Το εύρημα αυτό δείχνει ότι αν και υπάρχει σημαντικό γονιδιακό συστατικό προς την ημικρανία, αυτό δεν μπορεί να εξηγήσει εντελώς τον επιπολασμό και τη σοβαρότητα της. Γονίδια έχουν ταυτοποιηθεί πειστικά μόνο στην περίπτωση της οικογενούς ημιπληγικής ημικρανίας, που αποτελεί κατάσταση συσχετιζόμενη με διαυλοπάθεια ιόντων.

## **ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ**

Συνοσηρότητα είναι ο όρος που σημαίνει πως δύο καταστάσεις εμφανίζονται στο ίδιο άτομο συνθέστερα σε σχέση με ό,τι θα αναμενόταν, βάσει των τυχαίων πιθανοτήτων. Η ψυχιατρική συνοσηρότητα είναι συχνή εκδήλωση στους πάσχοντες από ημικρανιακή κεφαλαλγία.

### **Ημικρανία και κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη είναι η συνθέστερη ψυχιατρική συνοσηρό-

τητα με την ημικρανία και συχνά επάγει δυσκολίες στη θεραπεία αμφοτέρων των διαταραχών.(13) Όσοι πάσχουν από ημικρανία εμφανίζουν λόγο πιθανοτήτων για κατάθλιψη της τάξης του 2,5.(14) Ο κίνδυνος αυτός συσχετίζεται περισσότερο με τις γυναίκες παρά με τους άντρες.(15) Επιπρόσθετα, η συχνότητα καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι υψηλότερη σε αυτούς με μακροχρονιότερο ιστορικό κεφαλαλγίας ή με υψηλότερη συχνότητα των επεισοδίων.(15) Τα άτομα με κεφαλαλγία τύπου τάσης δεν εμφανίζουν αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης σε σύγκριση με τους μάρτυρες.(13) Δεν υπάρχει απόδειξη ότι η συχνότητα των ημικρανιών αυξάνεται εξαιτίας της παρουσίας άγχους ή κατάθλιψης.

Η ημικρανία και η κατάθλιψη μοιράζονται από κοινού μια αμφίδρομη συνοσηρότητα, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχουν κοινά υποκείμενα αιτιακά στοιχεία για αυτές τις διαταραχές.(16) Υπάρχει επίσης αμφίδρομη σχέση κινδύνου αυτοκτονικότητας σε ημικρανιακούς και σε καταθλιπτικούς ασθενείς.(17) Έχει δειχθεί πρόσφατα ότι η κληρονομικότητα της ημικρανίας είναι μειωμένη στα άτομα που εμφανίζουν κατάθλιψη.(18) Δεν υπάρχουν σημαντικές ποιοτικές διαφορές στις ημικρανίες που εμφανίζονται στα άτομα με ελαφρά κατάθλιψη και σε αυτές που εμφανίζονται στα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη.(19)

Όταν η ημικρανία καταστεί χρόνια και παρουσιάσει μετατροπή από την επεισοδική μορφή της, υπάρχει μια ακόμη υψηλότερη πιθανότητα για να εμφανιστεί ψυχιατρική συνοσηρότητα. Μια μελέτη έδειξε ότι το 78% των ατόμων με χρόνια ημικρανία παρουσιάζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Η διαταραχή αυτή ήταν η μείζονα κατάθλιψη στο 57% των περιπτώσεων, η δυσθυμία στο 11%, η διαταραχή πανικού στο 30% και το γενικευμένο άγχος στο 8%. Οι διαταραχές κατάθλιψης και άγχους αντιμετωπιζόνταν συνθέστερα στις γυναίκες ημικρανιακές ασθενείς. Ωστόσο, σε αυτή την ομάδα δεν υπήρχε αυξημένος κίνδυνος διαταραχής γενικευμένου άγχους.(20) Στη χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία (χωρίς να προσδιορίζεται κάποιος υπότυπος), ο κίνδυνος μείζονος κατάθλιψης και διαταραχής πανικού είναι κατά 1,5 έως 2 φορές υψηλότερος στις γυναίκες, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.(21)

Μπορεί να υπάρχουν και σχετιζόμενες με το φύλο διαφορές ως προς μια ποικιλία καταστάσεων συνοσηρότητας. Μια μελέτη προτείνει ότι μόνο οι γυναίκες και όχι οι άντρες με ημικρανία εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο άγχους, κατάθλιψης, σωματικών συμπτωμάτων και υστερίας.(22)

Η σχέση μεταξύ συναισθηματικών διαταραχών και ημικρανίας είναι αδιευκρίνιστη. Πυροδοτεί η ημικρανία τη συναισθηματική διαταραχή σε ορισμένους ασθενείς ενώ η συναισθηματική διαταραχή πυροδοτεί τις κρίσεις ημικρανίας σε άλλους; Σε γενικές γραμμές, οι συναισθηματικές διαταραχές εμφανίζονται πριν από τα ημικρανιακά συμπτώματα.(11) Είναι πιθανό ότι οι πάσχοντες από κατάθλιψη εμφανίζουν χαμηλότερο ουδό άλγους και οι ασθενείς αυτοί μπορεί να εμφανίσουν μεγαλύτερο αριθμό κεφαλαλγιών. Ωστόσο, δεν έχει ταυτοποιηθεί ένας γονιδιακός σύνδεσμος που να αφορά τόσο την ημικρανία όσο και την



κατάθλιψη. Η αντιμετώπιση της ημικρανίας και της συνυπάρχουσας κατάθλιψης είναι δύσκολη. Δεν είναι αποτελεσματικά όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα για τη θεραπεία της ημικρανίας.

Η διπολική διαταραχή είναι μια άλλη σημαντική ψυχιατρική κατάσταση που παρουσιάζει συνοσηρότητα με την ημικρανία. Σε αυτά τα άτομα υπάρχει ισόβιος επιπολασμός ημικρανίας της τάξης του 40% (44% στις γυναίκες και 31% στους άντρες). Η σχέση αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής στα άτομα με διπολική διαταραχή τύπου II, που παρουσιάζουν επιπολασμό ημικρανιών της τάξης του 65% (75% στις γυναίκες και 40% στους άντρες). (26) Υπάρχουν επίσης ορισμένες διαφορές ως προς την ψυχιατρική εικόνα. Η κατάθλιψη, περισσότερο από τη μανία, είναι ο λόγος λήψης ιατρικής συμβουλής, ακολουθούμενη από τη μετατροπή της κατάθλιψης σε μανία μετά τη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

### Ημικρανία και άγχος

Όπως η ημικρανία παρουσιάζει συνοσηρότητα με την κατάθλιψη, παρουσιάζει συνοσηρότητα επίσης και με τη διαταραχή γενικευμένου άγχους, καθώς 11% των ημικρανιακών πάσχουν από διαταραχή άγχους σε σύγκριση με το 2% του γενικού πληθυσμού. (27)

Οι ημικρανιακοί ασθενείς με κατάθλιψη και άγχος τείνουν να υποφέρουν από περισσότερο σοβαρές ημικρανιακές κρίσεις και να απαντούν φτωχά στη θεραπεία της κεφαλαλγίας. Επιπρόσθετα, είναι πιο πιθανόν ότι θα κάνουν κατάχρηση των φαρμάκων που τους χορηγούνται για την οξεία αντιμετώπιση. (28) Η κατάσταση αυτή θα μπορούσε να συνεισφέρει σε αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης του συνδρόμου κεφαλαλγίας από κατάχρηση αναλγητικών, που είναι χρόνια κατάσταση.

### Ημικρανία και κρίσεις πανικού

Έχει ταυτοποιηθεί από μακρού μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ ημικρανίας και διαταραχών πανικού. (29) Οι ημικρανιακοί πάσχοντες έχουν 12 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίζουν κρίσεις πανικού σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. (30) Σε αυτές τις διαταραχές υπάρχει αλληλεπικάλυψη των συνδυσμών των συμπτωμάτων. Ορισμένες κρίσεις ημικρανίας μπορεί να συνοδεύονται από συμπτώματα πανικού όπως το άγχος, το αίσθημα παλμού, το αίσθημα ψυχρότητας των κάτω άκρων και ο φόβος επικείμενου θανάτου. (31)

Συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως η ναυτία, οι έμετοι και η ζάλη αναφέρονται συχνά σε αμφότερες τις διαταραχές. (29) Είναι πιθανό ότι τα άτομα με διαταραχή πανικού και οι πάσχοντες από ημικρανία μοιράζονται από κοινού μια θεμελιώδη διαταραχή της ρύθμισης του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Εξαιτίας του ότι όσοι εμφανίζουν διαταραχή πανικού τείνουν να σωματοποιούν, είναι επίσης πιθανό ότι τα συμπτώματα που οδηγούν στη διάγνωση της διαταραχής πανικού γίνονται αντικείμενα υπερβολής και αναφέρονται πιο συχνά από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας. Ορισμένες φοβίες

συσχετίζονται επίσης με την ημικρανία. Σε αυτά τα σύνδρομα αναφέρονται επίσης συμπτώματα άγχους που επιπλέκουν την ημικρανία.

### Ημικρανία και stress

Τα 3/4 των πασχόντων αναφέρουν ότι υπάρχουν εκλυτικοί παράγοντες για τις κρίσεις τους, με το 80% να παραθέτει την καταπόνηση (στρες) ως το μείζονα εκλυτικό παράγοντα. (32) Η έννοια του στρες είναι συχνά διφορούμενη. Η ανικανότητα επίτευξης ενός στόχου, ασχέτως του εάν η αιτία είναι εσωτερική ή εξωτερική, μπορεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα καταπόνησης για ένα άτομο. Η ίδια η καταπόνηση που επάγει το άγχος της κεφαλαλγίας αποτελεί συχνό σημαντικό παράγοντα. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η κεφαλαλγία εμφανίζεται όχι κατά την έξαρση της καταπόνησης, αλλά αμέσως μόλις αυτή υποχωρήσει. Η καταπόνηση συχνά λειτουργεί προστατευτικά για την ανάπτυξη κρίσεων. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η καταπόνηση μπορεί να προκαλεί αναλγησία. (33,34)

Οι έφηβοι αναφέρουν σε ποσοστό 40% ότι η καταπόνηση είναι ο μείζον εκλυτικός παράγοντας κεφαλαλγίας τους. (38) Μπορούν να χρησιμοποιηθούν στρατηγικές γνωστικού τύπου για την αντιμετώπιση της καταπόνησης και να μειωθεί η πιθανότητα πυροδότησης της κρίσης από τον παράγοντα καταπόνησης. Σε μια μελέτη που χρησιμοποίησε ημερολόγια σε εφήβους, οι στρατηγικές αυτές μείωσαν τη συχνότητα κρίσεων κατά την ημέρα μετά την εμφάνιση του παράγοντα καταπόνησης, αλλά όχι και κατά την ημέρα της καταπόνησης. (39) Η σοβαρότητα της διατάραξης της καθημερινής ζωής συσχετίζεται με τη συχνότητα και ένταση της κεφαλαλγίας. (40) Αυτά τα συμβάντα μπορεί να είναι πιο σημαντικά στη συνέχιση της χρόνιας κεφαλαλγίας, σε σύγκριση με συγκεκριμένα συμβάντα της ζωής.

Η διαταραχή μετατραυματικού άγχους (PTSD) ήταν πάντα μια σοβαρή κατάσταση, αλλά πρόσφατα προσέλαβε μεγαλύτερο ενδιαφέρον λόγω του μεγάλου αριθμού στρατιωτών που υπηρέτησαν σε πολέμους. Στους στρατιώτες που επέστρεψαν από τον πόλεμο του Ιράκ η διάγνωση αυτή τέθηκε σε ποσοστό 32%, με την κεφαλαλγία να παρατίθεται ως σημαντικό σύμπτωμα. (41)

Κάτι που λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας για τον υψηλό επιπολασμό κεφαλαλγίας στους στρατιώτες είναι ότι στις περιπτώσεις τέτοιων ατόμων αναφέρεται ελαφρά κάκωση της κεφαλής σε ποσοστό 50%. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να προκαλεί νέα κεφαλαλγία ή να ενισχύσει μια προϋπάρχουσα διαταραχή πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας. Η ελαφρά κάκωση κεφαλής, σε αντίθεση με κάποιο σοβαρό τραύμα, είναι πιο πιθανό να προκαλέσει κεφαλαλγίες. (42,43)

Το στοματοπροσωπικό άγχος, που συχνά συνδέεται με την κεφαλαλγία, προκαλεί μεγαλύτερη αναπηρία σε άτομα με ιστορικό τραυματικών συμβάντων της ζωής. (44)

Το ιστορικό κακοποίησης δεν αναφέρεται συχνά στο θράνηπο γιατρό. Μια μελέτη ανέφερε ότι η πληροφορία αυτή συζητήθηκε μόνο από το 15% των ασθενών. (46)



Το ποσοστό αυτό μπορεί να αυξηθεί εάν συγκεκριμένα ρωτηθεί ο ασθενής για συμβάντα του παρελθόντος κατά τη λήψη του ιστορικού. Παρά αυτή τη μειωμένη αναφορά, ένα ιστορικό σωματικής και ειδικότερα σεξουαλικής κακοποίησης αναφέρεται συχνά από πάσχοντες από χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία. [47,48] Μέχρι και 29% αυτών με χρόνια καθημερινή κεφαλαλγία αναφέρουν ιστορικό σωματικής κακοποίησης και μέχρι 31%, αντίστοιχα, σεξουαλικής κακοποίησης.

Στα σύνδρομα ημικρανίας, ο επιπολασμός είναι ακόμη υψηλότερος, καθώς η σωματική ή η σεξουαλική κακοποίηση αναφέρεται από το 42%. Σε όσους εμφανίζουν PTSD και ημικρανία, το 65% αναφέρουν ιστορικό σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Έχει ταυτοποιηθεί επίσης μια συσχέτιση μεταξύ της ημικρανίας και του ιστορικού σωματικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία. [49] Η συχνότητα της παιδικής κακοποίησης σχεδόν διπλασιάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης ημικρανίας σε μεμονωμένους ασθενείς.

Σε νεότερους ασθενείς μπορεί να εμφανίζονται συγκεκριμένα ψυχιατρικά σύνδρομα. Οι έφηβοι με κεφαλαλγία τύπου τάσης δεν έχει αποδειχθεί ότι εμφανίζουν περισσότερα ψυχοπαθητικά συμπτώματα σε σύγκριση με άτομα ελεύθερα κεφαλαλγίων. Ωστόσο, οι έφηβοι με ημικρανία εμφανίζουν 3 φορές συχνότερα προβλήματα διαγωγής, υπερκινητικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης και συναισθηματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με εφήβους χωρίς κεφαλαλγία. [52]

### **Ημικρανία και μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας**

Η συχνότητα της μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας στο γενικό πληθυσμό είναι 2%, αλλά στον πληθυσμό των πασχόντων από κεφαλαλγία και ιδίως σε όσους εμφανίζουν ψυχοπαθολογία και κατάχρηση φαρμάκων ως συνοσηρότητα, είναι υψηλότερος. [53,54] Το γεγονός αυτό καθιστά την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας πιο δύσκολη. Ο Saper ανασκοπεί τις θεραπευτικές συστάσεις και τα πιθανά προβλήματα κατά τη αντιμετώπιση αυτού του συγκεκριμένου πληθυσμού ασθενών. [55] Η φαρμακοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία, η καλή επικοινωνία μεταξύ των ειδικών ώστε να αποφευχθεί το φαινόμενο της διχωτικής σκέψης από τη μεριά των ασθενών, η ύπαρξη θεραπευτικών συμβολαίων και η αυξημένη επαγρύπνηση του γιατρού σχετικά με ζητήματα αντιμεταβίβασης θα πρέπει να προσεχθούν.

### **Ημικρανία και ψύχωση**

Οι ψυχωτικές διαταραχές παρουσιάζουν επίσης συνοσηρότητα με σύνδρομο κεφαλαλγίας. Η σχιζοφρένεια έχει σχετιστεί με χαμηλή συχνότητα κεφαλαλγίων, όπως και άλλων διαταραχών άλγους. [56,57] Τα άτομα αυτά συχνά παρουσιάζουν διαταραγμένη επίγνωση σωματικών συμπτωμάτων σε γενικές γραμμές, καθώς και μια μειωμένη συναισθηματική απάντηση στο άλγος. Ωστόσο, οι Kuritzky και συνεργάτες [58] και οι Ayata και συνεργάτες [59] έχουν αμφισβητήσει το παραπάνω και αναφέρουν ότι οι σχιζο-

φρενείς παρουσιάζουν περισσότερες αιτιάσεις πιο συχνών κεφαλαλγιών, καθώς και κεφαλαλγιών μεγαλύτερης διάρκειας σε σχέση με τους μάρτυρες.

Οι ημικρανικοί ασθενείς παρουσιάζουν γενετική προδιάθεση για πολύ περισσότερες ψυχιατρικές καταστάσεις συνοσηρότητας. Φαίνεται ότι τα ψυχιατρικά σύνδρομα μπορούν να μορφοποιήσουν το βίωμα των κρίσεων κεφαλαλγίας του πάσχοντα καθώς και τη συχνότητα αναφοράς των συμπτωμάτων. Η παρουσία της ημικρανίας μπορεί επίσης να συσχετιστεί με προβλήματα συμπεριφοράς και μάθησης στο σχολείο. Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως το σωματικό ή το ψυχολογικό τραύμα μπορεί επίσης να διαδραματίζουν ρόλο ως προς τη σοβαρότητα και τη συχνότητα των επεισοδίων, καθώς και ως προς την απάντηση στη θεραπεία. Επομένως, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν τέτοιες καταστάσεις συνοσηρότητας και σε ένα συνεκτικό σχέδιο αντιμετώπισης της ημικρανίας να περιληφθεί η θεραπεία και των παραπάνω.

### **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΗΜΙΚΡΑΝΙΑΣ**

Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις θεραπείας για την αντιμετώπιση των ημικρανιών ανάλογα με τη συχνότητα και σοβαρότητα των κρίσεων, καθώς και των συνοδών καταστάσεων ψυχιατρικής ή παθολογικής συνοσηρότητας.

Τα φάρμακα που χορηγούνται στην οξεία φάση γενικά αναστέλλουν τη μεμονωμένη μόνο κρίση. Οι τριπτάνες θεωρούνται ως ειδικές για την ημικρανία, αλλά μπορεί να ανακουφίσουν πολλές μορφές κεφαλαλγίας. Επομένως, είναι σημαντικό να μην εικαστεί ότι η θετική απάντηση σε τριπτάνη αποτελεί διαγνωστική εξέταση επιβεβαίωσης της ημικρανίας. Από τη στιγμή που η ημικρανιακή κρίση προχωρήσει στο σημείο της κεντρικής ευαισθητοποίησης, αυτή η κατηγορία φαρμάκων είναι απίθανο να είναι αποτελεσματική.

Τα φάρμακα που περιέχουν βουταλβιτάλη συνταγογραφούνται συχνά για τη θεραπεία της ημικρανίας, αλλά υπάρχουν λίγα δεδομένα που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά της σε τέτοιες συνθήκες, ενώ ταυτόχρονα συσχετίζονται με ανησυχητικό κίνδυνο για την ανάπτυξη συνδρόμου κατάχρησης αναλγητικών.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα είναι σημαντικά για τη θεραπεία των οξέων κρίσεων ημικρανίας. Τα πλεονεκτήματα αυτής της κατηγορίας περιλαμβάνουν ότι σπάνια οδηγούν στο σύνδρομο κατάχρησης φαρμάκων καθώς δε διαθέτουν τα ψυχοδραστικά χαρακτηριστικά που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτό το σύνδρομο. Ωστόσο, η συχνή χρήση τέτοιων φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ή ηπατική νόσο και σε πεπτικά έλκη, ενώ αυξάνεται ο κίνδυνος για αγγειακά νοσήματα.

Δεν έχουν αποδειχθεί χρήσιμες όλες οι κατηγορίες που χρησιμοποιούνται συνήθως για τη θεραπεία της κεφαλαλγίας. Τα οπιοειδή θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σπάνια στη θεραπεία της ημικρανίας. Εάν χρησιμοποιούνται συχνά, τα φάρμακα αυτά οδηγούν εύκολα στο σύνδρομο της κεφαλαλγίας από κατάχρηση αναλγητικών. Τα άτομα





που εμφανίζουν δυσφορία συχνά προσφεύγουν σε αυτο-θεραπεία των κρίσεων με οποιοσδήποτε για να ανακουφίσουν τη δυσφορία τους και όχι καταρχήν το άλγος τους.

Τα προφυλακτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται γενικά όταν η συχνότητα υπερβαίνει τις 1 έως 2 κρίσεις ανά εβδομάδα ή όταν μη συχνές κεφαλαλγίες είναι σοβαρές ή μεγάλης διάρκειας. Μόνο 4 φάρμακα έχουν εγκριθεί από την FDA για την προφύλαξη της ημικρανίας, περιλαμβάνοντας την προπρανολόλη, την τιμολόλη, το βαλπροϊκό και την τοπιραμάτη. Η μεθουσεργίδη δεν χρησιμοποιείται πλέον, αλλά σε άλλες χώρες εξακολουθεί να κυκλοφορεί.

Ο μηχανισμός δράσης των προφυλακτικών αντιημικρανιακών φαρμάκων είναι άγνωστος, αν και έχει αποδειχθεί ότι η τοπιραμάτη, η βαλπροϊκό, η προπρανολόλη, η αμιτριπυλλίνη και η μεθουσεργίδη μειώνουν το φαινόμενο της φλοιώδους εξαπλούμενης καταστολής. [59]

Μέχρι σήμερα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται επί του παρόντος έχουν δείξει κλινικά ότι μειώνουν τις ημικρανίες και η πρώτη ένδειξη προήλθε στα πλαίσια συνταγογράφησης τους για άλλους λόγους. Υπάρχουν σημαντικά ζητήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά ως προφυλακτικά φάρμακα της ημικρανίας στα πλαίσια διπολικής ή μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής. Πολλά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να είναι χρήσιμα και στη θεραπεία της ημικρανίας. Αν και οι χαμηλές δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών συχνά φτάνουν για την καταστολή των ημικρανιών, αναμένεται ότι δεν θα αντιμετωπίζουν επαρκώς τη μείζονα κατάθλιψη όταν αυτή συνδυάζεται με ημικρανία. Σημαντικό είναι επίσης ότι πολλά άτομα με κατάθλιψη παρουσιάζουν διπολική διαταραχή, κάτι που μπορεί να μην αναγνωριστεί από το γιατρό. Οι διπολικοί ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν επεισόδιο μανίας όταν εκτεθούν σε αντικαταθλιπτικά και έχει προταθεί ότι αυτή η δράση μπορεί να είναι εκσεσημασμένη στους πάσχοντες από ημικρανία. [26]

Συχνά συστήνεται η χρήση τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών σε ημικρανιακούς που εμφανίζουν δυσκολίες στην επέλευση του ύπνου ή στη διατήρηση αυτού. Ωστόσο, η αρχιτεκτονική του ύπνου αλλοιώνεται με τη χρήση αυτών των φαρμάκων. [60]

Οι β-αποκλειστές έχουν υπάρξει χρήσιμοι στην προφυλακτική θεραπεία της ημικρανίας. Μερικά από αυτά τα φάρμακα έχει δείξει ότι είναι αποτελεσματικά στην προφύλαξη, συμπεριλαμβανομένης της προπρανολόλης, της στενολόλης, της ναδολόλης, της νεμπιβολόλης και της τιμολόλης. Εξαιτίας του ότι υπάρχει υψηλή συνοσηρότητα ημικρανίας και κατάθλιψης, ενώ οι β-αποκλειστές έχει προταθεί ότι προκαλούν κατάθλιψη, συχνά υπάρχει ανησυχία για τη χρήση τέτοιων φαρμάκων στην ημικρανία. Εξαιτίας ζητημάτων μεθοδολογίας και επιλογής στα πλαίσια των μελετών που αρχικά οδήγησαν σε αυτήν την υποψία, δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσον οι β-αποκλειστές μπορούν να πυροδοτήσουν κατάθλιψη.

Το βαλπροϊκό έχει αποδειχθεί αποτελεσματικό για την προφύλαξη της ημικρανίας ενώ επιπρόσθετα είναι στα-

θεροποιοτικό του συναισθήματος. Αποτελεί επίσης μια από τις εγκεκριμένες θεραπείες της ημικρανίας. Όλα αυτά καθιστούν το φάρμακο μια λογική επιλογή ως φάρμακο πρόληψης ημικρανίας σε άτομο με διπολική διαταραχή. Η αύξηση σωματικού βάρους και ο κίνδυνος τερατογενέσεων στην εγκυμοσύνη περιορίζουν συχνά τη χρήση του.

Η τοπιραμάτη αποτελεί επίσης αποτελεσματικό φάρμακο για την πρόληψη της ημικρανίας. Οι μελέτες που έγιναν σχετικά με τις σταθεροποιητικές του συναισθήματος ιδιότητες αυτού του φαρμάκου σε μεγάλο βαθμό απέβησαν αρνητικές. Η τοπιραμάτη έχει επίσης την έγκριση για προφύλαξη της ημικρανίας, ενώ η απώλεια βάρους που σχετίζεται με τη χρήση της είναι σχεδόν μοναδικό χαρακτηριστικό για τα φάρμακα προφύλαξης της ημικρανίας. Οι παραισθησίες και οι μεταβολές της γεύσης προκαλούν προβλήματα αλλά είναι καλοήθους φύσης. Προβλήματα μπορεί να προκαλέσουν επίσης οι γνωστικές διαταραχές, ειδικότερα η δυσκολία ανάκλησης λέξεων.

Επίσης διαθέσιμες υπάρχουν και θεραπείες της ημικρανίας που δεν ανήκουν στα φάρμακα και μπορεί να αποδειχθούν αποτελεσματικές όταν συνδυάζονται με αυτά. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και η βιοανάδραση διαθέτουν ενδείξεις επιπέδου Α ως προς την αποτελεσματικότητά τους στην πρόληψη της ημικρανίας. Μια μετανάλυση 23 τυχαιοποιημένων μελετών σχετικά με τη χρήση της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας, της χαλάρωσης και της βιοανάδρασης σε παιδιά και εφήβους με ημικρανία και κεφαλαλγία τύπου τάσης έχει τεκμηριώσει τη δραστηριότητά τους. Τεκμηριώθηκε μια στατιστικά και κλινικά σημαντική μείωση των κεφαλαλγιών που σχετίζονται με μακροχρόνια βελτίωση. [61] Κατά την ταυτόχρονη αντιμετώπιση ψυχιατρικών και κεφαλαλγιακών συνδρόμων μπορεί να ανακύψουν ανεπιθύμητες ενέργειες ή αλληλεπιδράσεις φαρμάκων.

#### ΚΕΦΑΛΑΛΓΙΕΣ ΤΥΠΟΥ ΤΑΣΗΣ

Οι κεφαλαλγίες τύπου τάσης αποτελούν μια συχνά ατελώς κατανοητή μορφή κεφαλαλγίας, αν και είναι η πιο συχνή. Ωστόσο, εξαιτίας του ότι σπανίως αυτές οι κεφαλαλγίες προκαλούν αναπηρία, τα άτομα δεν αναζητούν επαγγελματική βοήθεια και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από μόνα τους. Η αρχική ονομασία, κεφαλαλγία τάσης, ήταν διφορούμενη σχετικά με το εάν ο όρος αυτός αναφερόταν στη μυϊκή ή στην ψυχική τάση. Αργότερα, ο όρος άλλαξε σε «κεφαλαλγία από μυϊκή σύσπαση», μέχρι που αναγνωρίστηκε ότι η μυϊκή σύσπαση δεν αποτελεί τον επαρκή δείκτη παρουσίας ή σοβαρότητας αυτών των κεφαλαλγιών. Δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσον η τρέχουσα ορολογία διαλευκαίνει αυτά τα ζητήματα.

Η επεισοδική μορφή της κεφαλαλγίας τύπου τάσης χαρακτηρίζεται από κρίσεις που διαρκούν 30 λεπτά έως 7 ημέρες. Τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά θα πρέπει να συσχετίζονται με το άλγος: αμφοτερόπλευρη εντόπιση, πιεστική και μη σφυγμώδης φύση, ελαφρά ή μέτρια ένταση και απουσία επιδείνωσης από την καθημερινή σωματική δραστηριότητα. Επιπρόσθετα, δεν



θα πρέπει να υπάρχει ναυτία ή έμετος, ενώ η φωτοφοβία ή η φωνοφοβία μπορεί να υπάρχουν αλλά όχι αμφότερες. Συχνά, όταν οι κρίσεις είναι πιο σοβαρές και δεν πληρούν αυτά τα κριτήρια, ονομάζονται ημικρανίες.

Εάν οι κρίσεις εμφανίζονται περισσότερο από 15 φορές το μήνα, ταξινομούνται ως χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσης. Η χρόνια κεφαλαλγία τύπου τάσης, σε αντίθεση με την επεισοδική μορφή, προκαλεί αναπηρία εξαιτίας της χρονιότητας της. Πολλά από αυτά τα άτομα, όπως συμβαίνει και στη χρόνια ημικρανία, πραγματοποιούν κατάχρηση των φαρμάκων οξείας φάσης, κάτι που ευθύνεται για τη μετατροπή και διαιώνιση του χρόνιου άλγους.

Παραμένει αδιευκρίνιστο κατά πόσον το άλγος στην κεφαλαλγία τύπου τάσης εντοπίζεται κεντρικά ή ξεκινά από τους εξωκράνιους σκελετικούς μυς. Πιο πιθανό είναι ότι τα βραχεία επεισόδια έχουν περιφερικό μηχανισμό, ενώ το πιο συνεχές άλγος εντοπίζεται κεντρικά. Η συναισθηματική καταπόνηση (stress) παραμένει η πιο συχνή αιτία πυροδότησης αυτών των κρίσεων.(65,66) Όπως και στη χρόνια ημικρανία, ο αυξημένος αριθμός ημερησίων ενοχλητικών παραγόντων συσχετίζεται με τον αριθμό των κεφαλαλγιών.(67) Αν και δεν υπάρχει ξεκάθαρη συσχέτιση της χρόνιας κεφαλαλγίας τύπου τάσης και της κατάθλιψης, ορισμένες κλίμακες μέτρησης της κατάθλιψης μπορεί να είναι επηρεασμένες.(68) Παρά την υψηλή συνοχή της ημικρανίας με την κατάθλιψη και τις κρίσεις πανικού, δεν έχει ταυτοποιηθεί αντίστοιχη συνοχή στην κεφαλαλγία τύπου τάσης.(13,21)

Η φαρμακευτική θεραπεία της επεισοδικής κεφαλαλγίας τύπου τάσης περιλαμβάνει γενικά απλά αναλγητικά όπως τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Δεν υπάρχουν ενδείξεις που να υποστηρίζουν τη χρήση των βενζοδιαζεπινών ή της αλλαντικής τοξίνης, ενώ είναι ασθενείς οι ενδείξεις που υποστηρίζουν τη χρήση της τιζανιδίνης.(71) Δεν είναι ξεκάθαρο κατά πόσον είναι αποτελεσματική η φυσικοθεραπεία, η χειροπρακτική θεραπεία, η διέγερση του ινιακού νεύρου ή ο βελονισμός.

## ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Η αναζήτηση φαρμάκων είναι συχνό φαινόμενο για τους ασθενείς με κεφαλαλγία, ιδίως όταν προσέρχονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, όπου το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν γνωρίζει τον ασθενή, ενώ είναι διαθέσιμα παρεντερικά χορηγούμενα οπιοειδή. Το άλγος είναι μια υποκειμενική, αδύνατο να μετρηθεί εμπειρία και τα άτομα προσποιούνται σκόπιμα ή υπερβάλλουν σχετικά με συμπτώματα άλγους με την ελπίδα να ξεγελάσουν το θεράποντα γιατρό ώστε να χορηγήσει φάρμακο της επιλογής τους, που συχνά είναι ένα οπιοειδές. Η προσποίηση της νόσου σε τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι συχνή και σύμφωνα με μια μελέτη μπορεί να φτάνει το 13%.(91)

Οι «υποκρινόμενοι» τυπικά ασθενείς έχουν κάποιο βαθμό εξωτερικού οφέλους που καθοδηγεί τη συμπεριφορά τους, αν και ο παράγοντας αυτός μπορεί να μην είναι γνωστός στο θεράποντα γιατρό. Τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν τη χρήση ή τη πώληση ναρκωτικών και την απο-

φυγή ανάληψης ευθυνών. Πολλοί παρουσιάζουν αντικοινωνικότητα και επομένως έχουν ιστορικό άλλων αντικοινωνικών συμπεριφορών εκτός από την αναζήτηση φαρμάκων. Τα άτομα με επιμένουσα υπόκριση παρουσιάζουν μικρό ενδιαφέρον για τη θεραπευτική έκβαση. Ωστόσο, ακόμη και η εμφανής υπόκριση δεν αποκλείει τη συνύπαρξη μιας σοβαρής ψυχοκοινωνικής ή εσωτερικής διαταραχής που απαιτεί αντιμετώπιση.

Οι υποκρινόμενοι τείνουν να αναφέρουν με δραματικό τρόπο τα συμπτώματά τους και εάν σημειωθεί κάποιο φυσικό εύρημα, αυτό θα είναι δυσανάλογο σε σύγκριση με το αναφερόμενο άλγος. Η αναφορά των προβληματισμών αυτών από το γιατρό αντιμετωπίζεται συχνά με εχθρότητα. Αν και ο γιατρός υποχρεώνεται να ανακοινώνει τις ανησυχίες του προς τον ασθενή, αυτό θα πρέπει να γίνει με μη επικριτικό χαρακτήρα, με την ελπίδα διάσπασης του φαύλου κύκλου επισκέψεων στα ιατρεία και στα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Το πλασματικό άλγος κινητοποιείται από την επιθυμία του ατόμου να έχει το ρόλο ενός ατόμου που υποφέρει. Το κίνητρο αυτό διαφέρει από το κίνητρο του υποκρινόμενου. Τα άτομα με σύνδρομο Munchausen συχνά προκαλούν αυτοτραυματισμούς προσπαθώντας να προκαλέσουν ένα πειστικό ιατρικό σύνδρομο.

## ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ

Με τις κρίσεις ημικρανίας ή τις κρίσεις θροιστικής κεφαλαλγίας έχει συσχετιστεί μια παροδική γνωστική διαταραχή.(92) Κατά πόσον η μείωση αυτή της γνωστικής λειτουργίας οφείλεται στις υποτροπιάζουσες κρίσεις ημικρανίας; Στις συχνές κεφαλαλγίες μπορεί να διαπιστωθούν βλάβες της εν τω βάθει λευκής ουσίας, ιδίως σε γυναίκες. Η φύση αυτών των μεταβολών και το κατά πόσον αντιπροσωπεύουν περιοχές ισχαιμίας οι διαταραχές του αιματοεγκεφαλικού φραγμού δεν είναι ξεκάθαρο. Ωστόσο, δεν υπάρχουν ενδείξεις της ημικρανίας με γνωστική έκπτωση.(93)

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1-160.
2. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al. Prevalence of migraine headache in the United States: relation to age, income, race, and other socioeconomic factors. JAMA 1992;267:64-9.
3. Aurora SK, Welch KM. Brain excitability in migraine: evidence from transcranial magnetic stimulation studies. Curr Opin Neurol 1998;11(3):205-9.
4. Lea?o AAP. Spreading depression of activity in cerebral cortex. J Neurophysiol 1944;7:359-90.
5. Lashley KS. Patterns of cerebral integration indicated by the scotomas of migraine. Arch Neurol Psychiatry 1941;46:331-9.
6. Woods RP, Iacoboni M, Mazziotta JC. Brief report: bilateral spreading cerebral hypoperfusion during spontaneous migraine headache. N Engl J Med 1994; 331(25):1689-92.
7. Hadjikhani N, Sanchez Del Rio M, Wu O, et al. Mechanisms of migraine aura revealed by functional MRI in human visual cortex. Proc Natl Acad Sci U S A 2001; 98(8):4687-92.



8. Strassman AM, Levy D. Response properties of dural nociceptors in relation to headache. *J Neurophysiol* 2006;95:1298-306.
9. Burstein R, Cutrer MF, Yarnitsky D. The development of cutaneous allodynia during a migraine attack: clinical evidence for the sequential recruitment of supraspinal nociceptive neurons in migraine. *Brain* 2000;123(Pt 8):1703-9.
10. Russell MB, Iselius L, Olesen J. Inheritance of migraine investigated by complex segregation analysis. *Hum Genet* 1995;96:726-30.
11. Russell MB, Olesen J. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *BMJ* 1995;311:541-4.
12. Gervil M, Ulrich V, Kyvik KO, et al. Migraine without aura: a population based twin study. *Ann Neurol* 1999;46:606-11.
13. Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. Headache syndromes and psychiatric disorders: association and familial transmission. *J Psychiatr Res* 1993;27: 197-210.
14. Passchier J, Schouten J, van der Donk J, et al. The association of frequent headaches with personality and life events. *Headache* 1991;31:116-21.
15. Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 1999;19:211-7.
16. Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, et al. Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003;60:1308-12.
17. Breslau N, Davis GC. Migraine, physical health and psychiatric disorder: a prospective epidemiologic study in young adults. *J Psychiatr Res* 1993;27: 211-21.
18. Ligthart L, Nyholt D, Penninx B, et al. The shared genetics of migraine and anxious depression. *Headache* 2010;50(10):1549-60.
19. Ligthart L, Penninx B, Nyholt D, et al. Migraine symptomatology and major depressive disorder. *Cephalalgia* 2010;30:1073-81.
20. Juang K, Wang S, Fuh J, et al. Comorbidity of depressive and anxiety disorder I chronic daily headache and its subtypes. *Headache* 2000;40:818-23.
21. Merikangas KR, Stevens DE, Angst J. Headache and personality: results of a community sample of young adults. *J Psychiatr Res* 1993;27:187-96.
22. Crisp AH, Kalucy RS, MacGuinness B, et al. Some clinical, social and psychological characteristics of migraine subjects in the general population. *Postgrad Med J* 1977;53:691-7.
23. Adelman LC, Adelman JU, Von Seggern R, et al. Venlafaxine extended release (XR) for the prophylaxis of migraine and tension-type headache: a retrospective study in a clinical setting. *Headache* 2000;40:572-80.
24. Suleyman SN, Talu GK, Kiziltan E, et al. The efficacy and safety of venlafaxine in the prophylaxis of migraine. *Headache* 2005;45:144-52.
25. Levy E, Margolese HC. Migraine headache prophylaxis and treatment with low-dose mirtazapine. *Int Clin Psychopharmacol* 2003;18:301-3.
26. Low N, Galbaud du Fort G, Cervantes P. Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder. *Headache* 2003;43:940-9.
27. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychol Res* 1991;37:11-23.
28. Rains J, Mekies C, Geraud G, et al. Anxiety, stress and coping behaviors in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalalgia* 2008; 28:1115-25.
29. Stewart W, Linet M, Celentano D. Migraine headaches and panic attacks. *Psychosom Med* 1989;51:559-69.
30. Breslau N, Davis GC. Migraine, major depression and panic disorder: a prospective epidemiologic study of young adults. *Cephalalgia* 1992;12:85-90.
31. Ossipova VV, Kolosova OA, Vein AM. Migraine associated with panic attacks. *Cephalalgia* 1999;19:728-31.
32. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2007;27:394-402.
33. Bodner RJ. Neuropharmacological and neuroendocrine substrates of stress-induced analgesia. *Ann N Y Acad Sci* 1986;467:345-60.
34. Terman CW, Liebeskind JC. Relation of stress-induced analgesia to stimulation-produced analgesia. *Ann N Y Acad Sci* 1986;467:345-60.
35. Maier SF. Bi-directional immune-brain communication: implications for understanding stress, pain, and cognition. *Brain Behav Immun* 2003;17:69-85.
36. Imbe H, Iwai-Liao Y, Senba E. Stress-induced hyperalgesia: animal models and putative mechanisms. *Front Biosci* 2006;11:2179-92.
37. Strassman AM, Raymond SA, Burstein R. Sensitization of meningeal sensory neurons and the origin of headaches. *Nature* 1996;384:560-4.
38. Passchier J, Orlebeke JF. Headaches and stress in schoolchildren: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1985;5:167-76.
39. Massey E, Garnefsky N, Gebhardt W, et al. Daily frustration, cognitive coping and coping efficacy in adolescent headache: a daily diary study. *Headache* 2009;49: 1198-205.
40. Fernandez EW, Sheffield J. Relative contributions of life events versus daily hassles to the frequency and intensity of headaches. *Headache* 1996;36:595-602.
41. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, et al. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry* 2007;164:150-3.
42. Wilkinson M, Gilchrist E. Post traumatic headache. *Ups J Med Sci Suppl* 1980;31: 48-51.
43. Theeler B, Erickson C. Mild head trauma and chronic headaches in returning US soldiers. *Headache* 2009;49:529-34.
44. Branch M. Headache disability in orofacial pain patients is related to traumatic life events. *Headache* 2009;49:535-40.
45. Hopper JW, Frewen PA, van der Kolk BA, et al. Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *J Trauma Stress* 2007;20:713-25.
46. Kelso EB, Haber J. Selections from the current literature: clinical detection of abuse. *Fam Pract* 1996;13:408-11.
47. Tietjen GE, Brandes JL, Digre KB, et al. The influence of abuse on headache, mood, and somatic symptoms in women. *Headache* 2005;45:772.
48. Peterlin BL, Ward TW, Lidicker J, et al. A retrospective, comparative study on the frequency of abuse in migraine and chronic daily headache. *Headache* 2007;47: 397-401.
49. Fuller-Thomson E, Baker T, Brennenstuhl S. Investigating the association between childhood physical abuse and migraine. *Headache* 2010;50:749-60.
50. Griffith JL, Razavi M. Pharmacological management of mood and anxiety disorders in headache patients. *Headache* 2006;46(Suppl 3):S133-41.
51. Adetunji B, Mathews M, Williams A, et al. Use of antipsychotics in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychiatry* 2005;2:43-7.
52. Milde-Busch A, Boneberger A, Heinrich S, et al. Higher prevalence of psychopathological symptoms in adolescents with headache. A population-based cross-sectional study. *Headache* 2010;50:738-48.
53. Swartz M, Blazer D, George L, et al. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Pers Disord* 1990;4:257-72.
54. Widiger T, Weissman M. Epidemiology of borderline personality disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:257-72.
55. Saper J, Lake A. Borderline personality disorder and the chronic





- headache patient: review and management recommendations. *Headache* 2002;42:663-74.
56. Mehta D, Wooden H, Mehta S. Migraine and schizophrenia [letter]. *Am J Psychiatry* 1980;137:1126.
57. Dworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull* 1994;20:235-48.
58. Kuritzky A, Mazeh D, Levi A. Headache in schizophrenic patients: a controlled study. *Cephalalgia* 1999;19:725-7.
59. Ayata C, Jin H, Kudo C, et al. Suppression of cortical spreading depression in migraine prophylaxis. *Ann Neurol* 2006;59:652-61.
60. Carette S, Oakson G, Guimont C, et al. Sleep electroencephalography and the clinical response to amitriptyline in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1995;38:1211-7.
61. Trautmann E, Lackschewitz H, Kroner-Herwig B. Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents—a meta-analysis. *Cephalalgia* 2006;26:1411-26.
62. Gillman PK. Triptans, serotonin agonists, and serotonin syndrome (serotonin toxicity): a review. *Headache* 2010;50:264-72.
63. US Food and Drug Administration (FDA public health advisory). Combined use of 5-hydroxytryptamine receptor agonists (triptans), selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or selective serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) may result in life-threatening serotonin syndrome. 2007. Available at: [http://fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI\\_SS200607.htm](http://fda.gov/cder/drug/advisory/SSRI_SS200607.htm). Accessed October 18, 2010.
64. Schoenen J, Gerard P, De Pasqua V, et al. Multiple clinical and paraclinical analyses of chronic tension-type headache associated or unassociated with disorder of pericranial muscles. *Cephalalgia* 1991;11:135-9.
65. Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravation factors of migraine versus tension-type headache. *Headache* 2001;41:554-8.
66. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: precipitating factors, female hormones, sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 1993;53:65-72.
67. DeBenedittis G, Lorenzetti A. The role of stressful life events in the persistence of primary headache: major life events vs. daily hassles. *Pain* 1992;51:35-42.
68. Yuşcel B, Kora K, Oğuzalçın S, et al. Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache* 2002;42: 194-9.
69. Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1996;61:285-90.
70. Gobel H, Hamouz V, Hansen C, et al. Amitriptyline reduces clinical headache duration and experimental pain sensitivity but does not alter pericranial muscle activity readings. *Pain* 1994;59:241-9.
71. Fogelholm R, Murros K. Tizanidine in chronic tension-type headache: a placebo controlled double-blind cross over study. *Headache* 1992;32:509-13.
72. Bentsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004;62:1706-11.
73. Verhagen A, Damen L, Berger MY, et al. Lack of benefit for prophylactic drugs of tension-type headache in adults: a systematic review. *Fam Pract* 2010;27(2): 151-65.
74. Holroyd KA, Penzien DB. Client variables and behavioral treatment of recurrent tension headaches: a meta-analytic review. *J Behav Med* 1986;9:515-36.
75. Scher A, Stewart WF, Liberman J, et al. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998;38:497-506.
76. Bigal ME, Lipton RB. Modifiable risk factors for migraine progression. *Headache* 2006;46:1334-43.
77. Scher AL, Stewart WF, Buse D, et al. Major life changes before and after the onset of chronic daily headache: a population-based study. *Cephalalgia* 2008;28: 868-76.
78. Scher AL, Stewart WF, Ricci JA, et al. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population based study. *Pain* 2003;106:81-9.
79. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, et al. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology* 2003;62:1540-4.
80. Pascal J, Colas R, Castillo J. Epidemiology of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5:529-36.
81. Colas R, Munoz P, Temprano R, et al. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;62:1338-42.
82. Katsavara Z, Schneeweiss S, Kurth T, et al. Incidence and predictors for chronicity of headache in patients with episodic migraine. *Neurology* 2004;62: 788-90.
83. Bahra A, Walsh M, Menon S, et al. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003;43:179-90.
84. Radat F, Sakh D, Lutz G, et al. Psychiatric comorbidity is related to headache induced by chronic substance use in migraineurs. *Headache* 1999;39:477-80.
85. Sances G, Galli F, Anastasi S, et al. Medication-overuse headache and personality: a controlled study by means of the MMPI-2. *Headache* 2009;50: 198-209.
86. Scher AL, Lipton RB, Stewart WF, et al. Patterns of medication use by chronic and episodic headache sufferers in the general population: results from the frequent headache epidemiology study. *Cephalalgia* 2010;30:321-8.
87. Pini LA, Cicero AF, Sandrini M. Long-term follow-up of patients treated for chronic headache with analgesic overuse. *Cephalalgia* 2001;21:878-83.
88. Dodick D, Turkel C, DeGryse R, et al. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: pooled results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phases of the PREEMPT clinical program. *Headache* 2010; 50:921-36.
89. Mei D, Ferraro D, Zelano G, et al. Topiramate and triptans revert chronic migraine with medication overuse to episodic migraine. *Clin Neuropharmacol* 2006;29: 269-75.
90. Saper J, Silberstein SD, Lake AE, et al. Double-blind trial of fluoxetine: chronic daily headache and migraine. *Headache* 1994;34:497-502.
91. Yates BD, Nordquist CR, Schultz-Ross RA. Feigned psychiatric symptoms in the emergency room. *Psychiatr Serv* 1996;47:998-1000.
92. Meyer JS, Thornby J, Crawford K, et al. Reversible cognitive decline accompanies migraine and cluster headaches. *Headache* 2000;40:638-46.
93. Baars M, van Boxtel M, Jolles J. Migraine does not affect cognitive decline: results from the Maastricht aging study. *Headache* 2009;50:176-84.